

## Persoonlijkheidsstoornissen

### De stoornis

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben veelal problemen met identiteit (zelfbeeld), zelfsturing, verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties). Dit leidt tot ernstig persoonlijk lijden en heeft negatieve gevolgen voor werk, intieme relaties en sociale contacten.

Er zijn 10 verschillende persoonlijkheidsstoornissen:

#### Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen

→ Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, schizoïde-persoonlijkheidsstoornis en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis.

#### Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen

→ Antisociale-persoonlijkheidsstoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, histrionische-persoonlijkheidsstoornis (voorheen: theatrale) en narcistische-persoonlijkheidsstoornis.

#### Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen

→ Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (voorheen obsessieve-compulsieve).

Bij een andere gespecificeerde en ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis wordt wel voldaan aan de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, maar niet volledig aan de criteria van één 10 specifieke persoonlijkheidsstoornis.

### De epidemiologische kenmerken

De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in Nederland wordt geschat van 5 tot 10%. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen zijn de borderline-, vermijdende- en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen.

De pathogenese van persoonlijkheidsstoornissen verschilt van persoon tot persoon. Vaak is er sprake van een aangeboren kwetsbaarheid in combinatie met negatieve levenservaringen of een omgeving die de psychische ontwikkeling ongunstig heeft beïnvloed. Deze problemen ontstaan vaak in de adolescentie en zijn van relatief lange duur.

Het natuurlijk beloop (zonder behandeling) van een persoonlijkheidsstoornis verschilt sterk per persoon en per type stoornis. Na het 30ste tot 40ste levensjaar nemen de klachten van sommige persoonlijkheidsstoornissen af, maar niet bij iedereen. Ook verbeteren de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie in de meeste gevallen slechts tot op zekere hoogte. Adequate behandeling kan het beloop gunstig beïnvloeden, maar vaak blijft een zekere kwetsbaarheid bestaan.

### Vroege onderkenning en preventie

Via screening wordt problematiek zo spoedig mogelijk herkend, om de patiënt in een vroeg stadium behandeling aan te kunnen bieden. In de huisartsenpraktijk wordt via een gesprek of vragenlijst over symptomen gescreend op de aanwezigheid van algemene psychopathologie. In de generalistische basis

ggz wordt het vermoeden van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis geobjectiveerd via screeningsvragenlijsten. NB: op basis van screeningsvragenlijsten kan geen diagnose worden gesteld.

De preventie van persoonlijkheidsstoornissen is nog in ontwikkeling en is op dit moment vooral gericht op jongeren met een verhoogd risico of vroege ziekteverschijnselen, zoals bij Mentalized-Based Treatment for Parents (MBT-P) en Mentalized-Based Treatment Early (MBT-Early).

### Diagnostiek

#### → Fase 1: inventarisatie

In deze fase vertelt de patiënt over zijn klachten, formuleren de behandelaar en de patiënt samen de hulpvraag en inventariseert de behandelaar in welke mate de patiënt problemen in het functioneren ervaart. Er wordt gekeken of de klachten voldoen aan de diagnostische criteria van een persoonlijkheidsstoornis. De behandelaar probeert de mogelijke relatie tussen klachten en persoonlijkheid te herkennen en bespreekbaar te maken.

#### → Fase 2: classificatie

Classificatie heeft als doel om te bepalen of de klachten passen bij een bepaalde DSM-5 categorie. Eerst wordt gekeken of de klachten toe te schrijven zijn aan een andere psychische stoornis. Nadat eventuele andere psychische stoornissen zijn geclassificeerd, is het belangrijk om ook de persoonlijkheidsstoornis te specificeren. Dit kan met behulp van een semigestructureerd interview, dat afgenomen wordt door een specifiek hierin getrainde en ervaren professional.

#### → Fase 3: diagnostische formulering

De diagnostische formulering beschrijft de problemen van de patiënt in zijn unieke individuele context. Relevante factoren zijn onder meer de voorgeschiedenis, woonsituatie, financiën, opleiding en/of werk, kwaliteit van het sociale netwerk en sociale relaties, zorg voor kinderen en naasten, lichamelijke gezondheid, somatische comorbiditeit en medicatiegebruik. Voor een goede diagnostische formulering kan het nodig zijn om de diagnostiek verder te verfijnen, bijvoorbeeld door het uitvoeren van psychologisch (test)onderzoek.

### Behandeling en begeleiding

Gezien de complexiteit van persoonlijkheidsstoornissen is er een gespecialiseerde behandeling nodig. De behandeling wordt gestuurd vanuit een behandelplan, waarin via gezamenlijke besluitvorming tussen de behandelaar en de patiënt doelen zijn geformuleerd. Tevens kan samenwerken met naasten belangrijk zijn. Bovendien dienen behandelaars aandacht te hebben voor kinderen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Het wordt aanbevolen de patiënt in een gezamenlijk besluitvormingsproces een belangrijke stem te geven in de keuze voor een van deze behandelingen.

## Psychotherapie

Psychotherapie is de behandeling van eerste keus. Er zijn verschillende specifieke vormen van psychotherapie.

→ **Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen.** Aanbevolen wordt om de adviezen voor cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen aan te houden.

→ **Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen.** Voor BPS bestaan veel verschillende soorten behandelingen. De voorkeur verdienen de zogeheten 'specifieke BPS behandelingen', namelijk Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentalization-Based Treatment (MBT), Schema Therapy of Schematherapie (ST) en Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Deze zijn ontwikkeld voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis, maar kunnen ook worden toegepast bij andere cluster-A en B-persoonlijkheidsstoornissen.

Er zijn ook behandelingen met een meer generiek behandelmodel, namelijk: Structured Clinical Management (SCM), General Psychiatric Management (GPM), Supportive Psychotherapy (SPT) en Client-Centered Therapy (CCT). In Nederland bestaat de Geïntegreerde Richtlijn Behandeling (GRB) als generieke behandeling. Generieke behandelingen staan in de belangstelling omdat ze (a) makkelijk zouden kunnen worden geïmplementeerd en (b) belangrijke algemene ingrediënten van een goede psychotherapeutische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bevatten. Er is in toenemende mate wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van generieke behandelingen, al blijken de specifieke behandelingen (iets) effectiever dan de generieke.

→ **Cluster-C en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen.** Speciaal voor persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelde psychotherapieën werken beter dan psychotherapieën die niet speciaal voor deze stoornissen ontwikkeld zijn. De bekendste vormen zijn: psychodynamische psychotherapie, Schematherapie (ST) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT).

## Sociaalpsychiatrische behandeling

Sociaalpsychiatrische behandeling gaat ervan uit dat de meeste psychische problemen ontstaan in interactie tussen individu en omgeving. Deze vorm van behandeling is praktisch georiënteerd en richt zich op het bevorderen van het weerstandsvermogen bij patiënt en omgeving. Er zijn twee varianten:

- Als alternatieve behandelvorm voor patiënten waarbij psychotherapie (nog) niet mogelijk is.
- Als ondersteunende behandelvorm, die de uitvoering van een psychotherapie mogelijk maakt.

## Farmacotherapie

Er bestaan geen geneesmiddelen die voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn geregistreerd. Farmacotherapie richt zich alleen op behandelbare deelaspecten of symptomen die samenhangen met de stoornis.

- Breng met zorgvuldige anamnese en psychiatrisch onderzoek in kaart welke symptomen voor farmacotherapie in aanmerking zouden kunnen komen.

## Herstel, participatie en re-integratie

### Herstel

De meeste psychotherapeutische interventies zijn gericht op 'herstel' door het op gang brengen van persoonlijke ontwikkeling en mentale groei. Essentieel daarbij is het ontdekken en het stimuleren van de veerkracht en de vitaliteit, zodat iemand zich (weer) kan handhaven in zijn omgeving.

## Participatie

Door de ernst van de problematiek en de duur van de behandeling voelen veel patiënten zich vervreemd van de maatschappij. Ze hebben begeleiding en ondersteuning nodig om hun sociale en maatschappelijke rollen te (her)vinden. Van behandelprogramma's en behandelaars wordt een actieve rol verwacht, te beginnen bij het expliciet vertalen van dit thema in een of meer behandeldoelen.

## Re-integratie

De re-integratie van mensen met een persoonlijkheidsstoornis verloopt vaak moeizaam. Veel van hen zijn arbeidsongeschikt en bang om weer deel te nemen aan het arbeidsproces. De eventuele druk vanuit het UWV, de werkgever of de maatschappij om betaald werk te verrichten of het aantal arbeidzame uren per week uit te breiden werkt vaak averechts. Anderzijds kan werk bijdragen aan een beter gevoel van eigenwaarde en biedt het een dagstructuur.

→ Sla de weg van re-integratie geleidelijk in.

→ Vrijwilligerswerk kan een opstap zijn voor versteviging van het zelfbeeld en opdoen van positieve ervaringen.

## Organisatie van zorg

De setting waarin de patiënt behandeld wordt hangt af van de aard, ernst en omvang van de problemen, de voorkeur van de patiënt en de mogelijkheden van de setting. De behandeling vindt bij voorkeur ambulante plaats.

Onafhankelijk van de setting geldt dat behandelaars deel moeten uitmaken van een netwerk, waarin de volgende elementen beschikbaar zijn:

- Deskundigheid ten aanzien van psychotherapie, farmacotherapie, systeemtherapie en sociaal-psychiatrische zorg.
- Crisisinterventie, inclusief het opstellen en gebruik van signaleringsplannen.
- Intercollegiale toetsing (intervisie) en waarneming in geval van afwezigheid.

Ten behoeve van het herstel zal er bovendien geïnvesteerd moeten worden in samenwerking met externe partners, zoals: jeugdzorg, trajectbegeleiding, UWV en politie/wijkagent.

Een regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het behandelproces en voor adequate communicatie met andere betrokken behandelaars en dienstverleners. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt en evalueert hij met hen de voortgang van de behandeling.

Naast worden indien gewenst vanaf het begin bij de behandeling betrokken. Uitgangspunt is dat er wordt samengewerkt met de naaste(n) en gekeken of deze zelf ook ondersteuning nodig heeft. Patiënten hebben het recht om beargumenteerd betrokkenheid van naasten te weigeren.

## Samenhang met generieke modules

- Acute Psychiatrie
- Arbeid als medicijn
- Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
- Herstelondersteuning
- Ouderen met psychische aandoeningen
- Psychotherapie
- Samenwerking en ondersteuning naasten
- Vaktherapie
- Zelfmanagement